



TITLE:

臨床診断ト手術所見

AUTHOR(S):

CITATION:

臨床診断ト手術所見. 日本外科宝函 1935, 12(6): 1773-1778

ISSUE DATE:

1935-11-20

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/204333>

RIGHT:

巨大ナル兩側腎臓腫瘍

生 野 正 (京都外科集談會昭和10年9月例會所演)

患 者: 54歳, 女子。

主 訴: 無痛性腹部腫瘍。

現病歴: 4年前, 食後悪心嘔吐アリ, 約1ヶ月ニテ輕快セリ。此ノ時醫師ニヨリ右季肋部ニ腫瘍アルヲ注意セラレタ。3年前夏季ヨリ腹部膨滿シ來リ日ニ下痢數行アリシモ惡心嘔吐等ナシ。且兩側腹部ニ腫瘍アルニ氣ヅク。以來腹部膨滿ハ漸次増大シ, 且腫瘍モソノ大サヲ増ス。發病以來, 尿量ニ變化ナク, 又尿ニ異常着色アルヲ知ラズ。

現 症: 皮膚ニ色素沈着著明ナルモ, 口腔粘膜ニ色素斑ヲ證明セズ。

局所々見: 腹部ハ一般ニ膨滿シ殊ニ下腹部ニ著明ナリ。腹壁靜脈怒張スルモ, 蠕動不穩, 腹水等ヲ證明

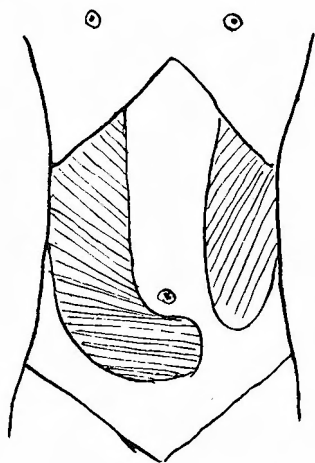
セズ。圖ニ示ス如ク, 右側肋骨弓ヨリ起ル幅3—4横指, L字狀ノ腫瘍アリ。臍下約3横指ニテ正中線ヲ越エルコト約2横指。又左側肋骨弓ヨリ發シ臍下約2横指ニ達スル幅約3横指ノ腫瘍アリ。共ニ境界明瞭, 壓痛ナク凹凸不正, 右側腫瘍ハ基底ヨリヤ、移動性ナルモ, 左側腫瘍ハ移動セズ。左側ドウグラス氏腔ニ同様性狀ノ腫瘍(右側腫瘍ノ骨盤腔ニ達セル部位)ヲ觸ル。尙コノ腫瘍ハ脊部ヨリハ觸診シ難シ。尿ハ淡黃色混濁, 蛋白陽性, 赤血球, 白血球及ビ腎上皮ヲ證明ス。

X線所見: 十二指腸下行部及ビ下水平部ハ左上方ニ, 又上行結腸, 下行結腸ハ共ニ中央側ニ壓セラレ, 腫瘍ハ結腸ノ下, 即チ後腹膜ニアリ。

手術所見: 腫瘍ハ後腹膜ニアリテ腸間膜ヲ透見シ, 右側腫瘍ハ成人頭大ニシテL字狀ニ屈曲シ骨盤腔ニ達ス。凹凸不正, 弾力性硬。左側腫瘍ハコレヨリヤ、小ニシテ同様性狀ヲ有ス。ヨツテ右側

腫瘍ヲ後腹膜ニ別出セリ。周圍トノ癒着殆ンド無ク, 又輸尿管ニ變化ナシ。

腫瘍ハ長サ27cm, 幅15cm, 厚サ10cm ナリ。割面ハ黃色ヲ呈シソノ間ニ島嶼狀ニ健常腎組織ヲ見ル。組織學的ニ檢スルニ Fibromyolipom ノ所見ヲ呈シタリ。



臨床診断ト手術所見

珍 稀 ナ ル 胃 腫 瘍

山 内 達 雄 (京都外科集談會昭和10年10月例會所演)

患 者: 56歳, 男子。

主 訴: 上腹部ノ不快感。

現病歴: 約3ヶ月前ヨリ時々食後30分乃至1時間ノ後ニ臍部ニ「グル」音ヲ感じ, 次デ上腹部ニ緊張感不快感乃至膨滿感ヲ來ス様ニナツタ。

現 症: 再三診察ノ後始メテ空腹時ニ於テ臍ノ左上部ニ丸イ, 境界ノ明瞭ナ弾力性デ稍々硬固ノ所謂「クルクルシタ」感ノアル拇指頭大ノ腫瘤ヲ觸レ得タ。壓痛ハナイ。

X線検査： 粘膜皺襞ヲ檢スルニ胃體後壁ノ小彎ニ近ク稍々橢圓味ヲ帶ビタ十錢白銅大ノ透明部ガアリ後壁粘膜皺襞ハ此ノ處ニテ中絶シソノ肛門側ヨリコノ中絶サレタ皺襞ハ再ビ發シ、又大彎側ノ皺襞ハコノ透明部ニテ壓排サレテ居ル。コノ透明帶ニ一致シテ前述ノ腫瘤ヲ觸レ得ル。蠕動波ノ部分的缺損ハ認メラレナイ(第1圖)。

依ツテ胃腫瘍ノ診斷ノ下ニ手術ヲ行ツタ。

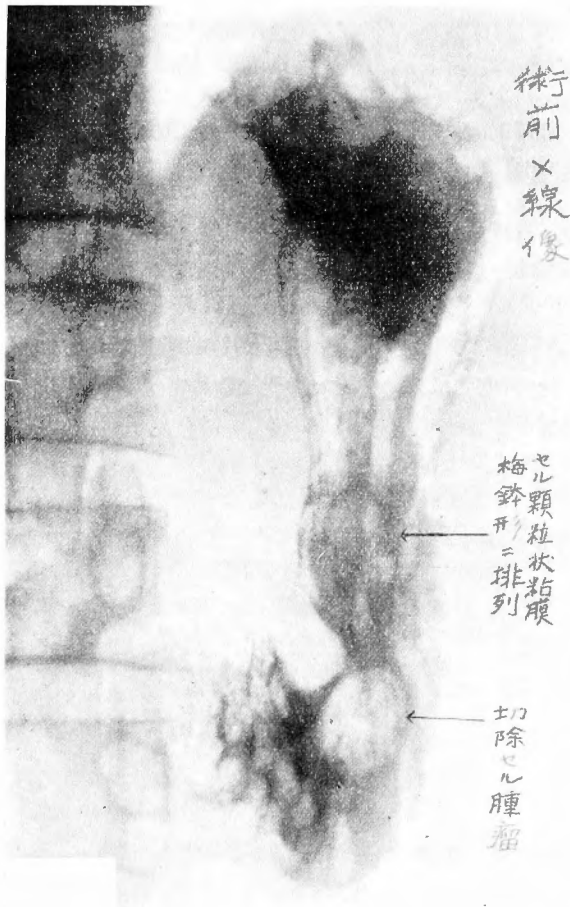
手術所見： 胃ヲ檢スルニ X線所見(第1圖)ニ全ク一致シテ胃體後壁ノ小彎ニ近ク丸イ小指頭大ノ腫瘤ガアリ、コノ腫瘤ハ移動性ニ富ンデキル。ヨリテ胃後壁ニ切開ヲ加ヘルニ直徑約 2cm ノ丸イ beetartigニerhabenシタ、餘リ硬クナイ腫瘤ガアリ、此ノ腫瘤ハ粘膜下層カラヨク移動スル。ヨツテ腫瘤ノ存スル部分ヲ胃壁ト共ニ切除シタ。

切除標本： 組織學的ニハ腺癌デ漿膜、筋肉層ニハ何等ノ浸潤モナク變化ハ全ク粘膜層ニ局限サレテキル。

經過： 術後ノ經過ハ順調。術後 18 日目 X線検査(第2圖)ヲ行フニ腫瘤ヲ切除シタ所ノ皺襞ハ星芒狀ニ排列シ此處ニ癒痕性收縮ノアルヲ示シテ居ルガ、此處ヨリ稍々口側部ニ術前ニ見タ腫瘤像ト全ク同様ノ像ガアルヲ發見シタ。此ノ陰影缺損ハ手術ノ爲ニ引バラレテ出來タ粘膜ノ堤防狀ノ高マリデアラウ

第 1 圖

第 2 圖



カ、又ハ癌ガ再發シタノデアラウカ。

ソコデ再ビ術前ノ X 線寫眞(第1圖)ヲ詳細ニ檢スルニ摘出シタ腫瘤ノ稍々上方ニ於テ粘膜皺襞ガ顆粒狀トナリ之ガ梅鉢狀ニ排列シテ居ルヲ發見シタ。且ツコノ場所ハ術後ノ丸イ陰影缺損部トソノ存在場所ガ全ク一致シテ居ル。

故ニ此ノ陰影缺損ハ最初ノ梅鉢形ニ排列シタ粘膜顆粒部カラ出發シタモノデアルコトハ想像ニ難クナイ。又コノ陰影缺損像ハ癌デアツタ別出腫瘤像ト全ク同ジ像デアリ、又コノ術後約20日間ニ進行シタ急激ナ増大性トヲ併セ考ヘテ此ノ陰影缺損部ニアルモノハ胃粘膜ヨリ隆起シタ腫瘤デアツテ、且ツ癌デナケレバナラスト診斷スルノデアル。而シテ梅鉢形ニ排列シタ粘膜顆粒部ハ手術ニ際シ胃壁ヲ通シテ觸レルコトガ出來ナカッタ、否觸診シ得ナイ状態ニアツタノデアルガ既ニ其時癌性變化ヲ示シテ居タモノデアラウ。Praecanceröses Stadium ニアツタト考ヘルニハ餘リニ經過ガ短カイカラデアル。本例ハ最初カラ胃ニ2ツノ極メテ小サナ癌性變化ヲナシタ腫瘍ガアツテ、ソノ中ノ1ツハ術前觸診可能且ツ粘膜皺襞檢査ニヨリ證明サレ切除セラレタガ、他ノ1ツハ既ニ X 線寫眞上ノ皺襞ニハ變化ヲ示シテ居リナガラ、之ヲ意ニ介シナカッタシ、又手術時ニモ觸診シ得ラレナイ状態ニアツタノデアル。

本例症ハ實ニ胃粘膜皺襞檢査法ガ如何ニ胃癌ノ早期診斷ニ役立つモノデアルカ、否、胃粘膜皺襞檢査ニ依ツテ始メテ胃癌ノ早期診斷ハ行ヒ得ルコトヲ如實ニ示スモノデアル。本例ニ於テ初期胃癌ノ發育状態ヲ始メテ認識シ得タモノト確信スル。

高度ノ腹水ヲ伴ヘル初期幽門癌

山 内 達 雄 (京都外科集談會昭和10年9月例會所演)

患者ハ56歳ノ男子。約3週間前カラ食後3—4時間後ニ臍部ニ鈍痛ヲ來ス様ニナツタガ3日前ヨリ急ニ吐血、血樣便及ビ貧血ヲ伴フニ至ツタ。

我々ハ、潰瘍カラノ出血ノ診斷ノモトニ即刻手術(空腸瘻造設術)ヲ行ツタ。

術後經口のニハ何等食物ヲアタヘナカッタ所、吐血及ビ血樣便ハ次第ニ消失シタノデ漸次經口的ニモ食物ヲトラス様ニシタ所、榮養モ次第ニ回復シテ來タガ50日目頃ヨリ次第ニ腹水ヲ證明スルニ至ツタ。尿ニハ著變ハナイ。

X 線檢査ヲ行フニ幽門部ニ鶏卵大ノ腫瘍ガアリ且ツ多少ノ通過障礙ガアルヲ認メタ。ソレデ幽門部ノ潰瘍ノ基底ニ發生シタ癌腫ガ相當進行シ高度ノ腹水ヲ伴フ様ニナツタモノト考ヘ手術ヲ行ツタ。

腹腔ヲ開クニ漿液性ノ多量ノ腹水アリ。幽門部ヲ檢スルニ小彎ヲ中心トシテ胃ノ前壁後壁ニ亘リ鶏卵大ノ腫瘍アリ、表面ハ粗、膽嚢ト纖維索性ノ輕度ノ癒着アルノミ、肝臓、脾臓、大網、小網結腸間膜ニモ變化ナク、ソノ他何處ニモ轉移ヲ證明シナイ。ヨツテ Mikulicz-Krönlein ノ術式ニ從ヒ胃切除ヲ行ヒ手術ヲ終ツタ。

術前臍ノ高サニテ腹圍 80cm アリシモ手術後ニハ 70cm ニ減少シ、ソノ後 72cm~78cm ノ間ヲ上下シ、26日目ニ退院シタ。退院後ハ腹水ハ次第ニ減少シ手術前ニハ兩側下肢ニ浮腫ヲ證明シタガコレハ全ク消失シタ。切除標本ハ組織學的ニハ Adenocarcinom デアル。

本例ニ於テ臨床上教ヘラレルコトハ次ノ點デアル。臨床上幽門部ニ腫瘍ヲ證明シ高度ノ腹水ヲ伴フ場合ニハ通常癌腫ノ末期デ轉移ガアリ手術不能ト考ヘル場合ガ多イノデアル。然シ本例ノ様ニ高度ノ腹水ガアルニモカ、ハラス轉移モナク腫瘍ハ周圍ト何等癒着シテ居ラズ切除可能

ナ場合モアルノデアル。故ニ高度ノ腹水ガアル場合ハ癌腫ノ末期デ手術不能ト考ヘ手術ヲ行ハヌノハ斷然誤リデアツテ、胃癌ハスベテ如何ナル場合デモ手術ヲ行ツテ然ルベキデアルト考ヘラレル。

原發性十二指腸空腸移行部癌腫ノ1例

山 中 四 郎 (京都外科集談會昭和10年9月例會所演)

患 者： 46歳，男子。

主 訴： 上腹部膨滿及嘔吐。

現病歴： 昭和10年22/Ⅳ 上腹部ニ不快感ト嘔吐ヲ來ス。嘔吐物ハ膽汁様食物殘渣ナリ。30/Ⅳ 臍ノ周圍ニ痙攣發作ト嘔吐アリ。14/Ⅴ ヨリ食後2—3時間ニシテ上腹部膨滿，惡臭アル變氣嘔嘔ト共ニ嘔吐ヲ來スニ至ル。嘔吐物ハ常ニ膽汁様ナリ。漸次症狀増惡シ最近ハ自ラ胃洗滌ヲ行ヒ小康ヲ得。

現在症： 體格大，榮養中等，他ニ異常ナシ。可視粘膜及皮膚質ニ黃疸ナシ。

局所々見： 腹部稍々膨滿，上腹部ニ時々胃蠕動不穩ヲ認ム。觸診ニテ臍ノ右下方ニ輕度ノ壓痛アル外腫瘍ヲ觸レズ。胃液ハ膽汁様遊離鹽酸51，總酸度80，乳糜，潛血ナシ。十二指腸液ハ胃液ト全ク同一所見ナリ。

診 斷： 十二指腸ノ Papilla Vateri ヨリ下部ニ狹窄アルコト明ナリ。

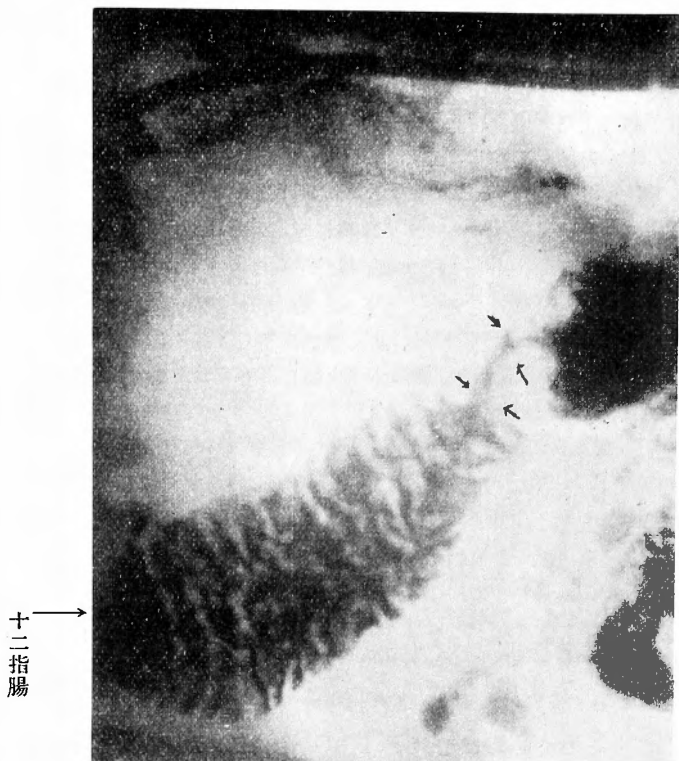
而シテ 1) 癌腫， 2) 結核性， 3) 周圍ヨリノ壓迫牽引ノ何レカヲ決定セントメ X線検査ヲ行フ。

X線検査所見： 胃形狀，大サ正常幽門閉鎖不全ナル外病變ナシ。十二指腸ノ Bulbus 以下 C形ニ持續

第1圖 擴張セル十二指腸(持續性ニC形ヲ現ハス)



第 2 圖



性ニソノ形ヲ現シ強度ニ擴張、著シク可動性ナリ。十二指腸單獨撮影ニヨルニ、粘膜皺襞像正常。空腸移行部ニ極度ノ通過障礙アリ。透視下ニ藥力學的検査ヲ行フニ狹窄ハ機能的ニアラズシテ器質的ナリ。壓迫子ニヨリ種々壓迫スルニ寫眞(第2圖)ノ如キ癌腫ニ特有ナル像ヲ得タリ。

手術所見：正中線切開。腹膜正常、腹水無シ、胃正常。大網膜ニ血管充盈、淋巴腺腫脹無シ。Treitz氏靱帶直下ノ空腸ニ腫瘤アリ横行結腸間膜ノ基部ニ約 2.5cm 半徑ノ半圓形ノ硬結アリ。十二指腸所見ハX線検査ニ一致シ病變ナシ。他ノ臟器ニ原發癌ナシ。淋巴腺轉移ナシ。

處置：腫瘤ノ小結節ヲ切除シ Wölfler 氏胃腸吻合附 ブラウン 氏吻合ヲ行フ。

標本：腺癌。

術後経過：一般症狀輕快シタレ共満足スベキ程度ニアラズ、常ニ輕度ノ不快感疼痛ヲ訴フ。

結論：1) 從來ノ文獻ニ徵スルニ小腸上部腫瘤ノ診斷ヲ術前ニ確定スルハ至難トサル。最近ノ井上氏ノ報告例ヲ見ルモソノX線診斷ニ就テ述ベル所少シ。余等ハ十二指腸及ビ小腸上部ノ疾患ニハ必ズ十二指腸單獨撮影法ヲ行フベキヲ主張ス。2) コノ患者ニ於テ余等ノ行ヒタル胃腸吻合術ハ術前ノ苦痛ヲ全部除去シ得ズ。吻合スルニモ拘ラズ胃内容ハ正常ノ經路ヲ辿リ術前同様ノ不快症狀ヲ發セリ。故ニカクノ如キ場合ノ吻合ハ通過障礙ノアル部ノ直前ニテ行フカ或ハ十二指腸ノ曠置術ヲ施ス方が適當ナルモノト考フ。カ、ル關係ハ廻盲部ノ安靜ノ目的ニ向ツテ空腸ヲ切斷シテ廻盲部ニ於ケル腸内容ノ通過ヲ全ク閉止セシムベキ事ト同一ナルベシ。

腸間膜淋巴腺結核ト誤ラレタル慢性蟲様突起炎

町 田 速 雄 (京都外科集談會昭和10年9月例會所演)

患 者: 17歳, 女子。

主 訴: 腹痛(時々針デ刺スヤウニ痛ム)。

現病歴: 約3週間前ニ、急ニ痛痛様ノ腹痛ガ起リ、惡心及ビ嘔吐ガアツタ、同時ニ水様ノ下痢ガアツタ。體溫ハ 38.5°C デアツタ。其ノ後約1週間デ、上ノ症狀ハ漸次ニ消退シタガ、右下腹部ニ1ツノ腫瘤アルヲ知リ、コノモノハ輕キ自發痛及ビ壓痛ガアツタ。コノ腫瘤モ約1週間ニシテ殆ンド觸レナクナツタ。然ルニ、約1週間位前カラ、臍ノ稍々左寄リノ所ニ時々針デ刺スヤウナ疼痛ヲ訴ヘルヤウニナツタ。腹部ノ膨滿、其ノ他ノ異常ハナカツタ。

現在症: 體格中等大で稍々瘦セタ女子デアルガ、其ノ他ニ殆ンド異常ヲ認メナイ。

局所々見: 腹部ハ視診ニテハ何等異常ナシ。觸診スルト廻盲部ニテ前上腸骨棘ヨリ約5cm 内方ノ所ニ小指頭大ノ平滑ノ腫瘤ヲ觸レ、僅ニ壓痛ガアル。

又、臍ノ左側約5cm ノ所ニ時トシテ壓痛ガアリ、コノ部ヨリ右下方ニ向ツテ硬キ紐狀ノモノヲ觸レルコトガアル。

Blumberg ノ症狀及ビ Rosenstein ノ症狀ハ證明サレナイ。Rosenstein ノ逆症狀ハ證明サレル。

腸雜音ハ能ク聴エ、金屬性ノ所ハナイ。直腸膨大部ハ擴大セズ。Douglas 腔ニ壓痛ハナイ。

X 線検査: 單純撮影デ臍ノ左方ニ項ヲ上方ニ向ケタ小腸ノ Meteorismus-schlinge アリ、コノ蹄係ト臍ノ下方ニ壓痛點ヲ認メルモ腫瘤ハ觸レナイ。コノ蹄係ハ經口的ニ入レタルバリウムニテ稍々擴大シテヲリ小腸ハ互ニヨク移動シ、小腸ヲ排除スルモ壓痛部位ハ一定ノ位置ニアル。

廻盲部ヲ檢スルニ、廻腸末端ヲ滿タシタ陰影ト他ノ小腸トハ明ニ連絡ガ絶タレテ、内上方ニ牽引サレ、盲腸末端トノ間ニ Aufhellung ヲ生ジ、コノ部ニ前述ノ小指頭大ノ硬キ腫瘤ヲ觸レ、僅ニ壓痛ガアル。小腸ハ動クガ、腫瘤ハ固定サレテキル。小腸自己ノ通過時間ハ正常デ、蟲様突起ハ現示出來ナイ。シカシテ、廻盲部ニテ、脊柱ノ右端ヨリ約1cm 離レタル所ニ konstant ニ豌豆大ノ石灰化シタ像ヲ寫眞上ニテ認メル。

コノ事實ニヨリ、全ク腸間膜淋巴腺結核ト診斷シタ(X線供覽)。

手術: 正中線切開ニテ腹腔ニ入ル。腹水ナシ。大綱ハ下腹部ニ來リ、コノ部ノ小腸ト數ヶ所ニ於テ癒着ス。下腹部殊ニ廻盲部ニテハ到ル所ニ膜様ノ索物ガ縱横ニ走り小腸ハ互ニ癒着ス。

即チ、コノ所見ニヨリ、急性蟲様突起炎ニ引キ續イテ限局性デアルガ可成廣範圍ニ亘リ腹膜炎ヲ起シ、ソレガ治癒シタ狀態ナル事ヲ確認シタ。

廻盲部ヲ更ニ詳シク見ルト、盲腸ハ移動性デ、其ノ下端ヲ容易ニ正中線ニ持ち來シ得。

蟲様突起ハ略ボ其ノ中央ニテ彎曲シテ、ソノ根部ノ所ニ尖端ガ來リ、更ニコノ大綱及ビ廻腸ノ一部ガ癒着セルヲ見ル。

蟲様突起ノ内部ニ小指頭大ノ硬結ヲ觸レ、即チ濁診ニヨツテ知ツタ腫瘤ハ、コノ Kotstein ヲ含メル蟲様突起デアツタ。又 Bauhin 氏瓣ヨリ約7cm 上部デ廻盲ガ癒着セルタメ、強ク屈曲サレ前述ノ如キ X 線像ヲ呈シタモノデアル。蟲様突起ヲ、其ノ尖端ノ大綱トノ癒着ハ其儘トシ、型ノ如ク切除ス。

更ニ左下腹部ヲ視ルニ、S 字狀結腸ト廻腸ガ、約5cm ノ間ニテ大綱ヲ介シテ互ニ癒着シ、コノ部ノ廻腸ノ一部ハ不規則ニ腫脹シテ漿膜面ハ粗糙デアル。狹窄ハ認メラレナイ。即チ前述ノ限局性ノ腹膜炎ノ變化ハコノモノ及ビ、カハル癒着ヲ生ジタモノト考ヘラル。コノ部ニ最早炎症ヲ認メズ、依ツテ癒着ハ其儘トナシ、開腹創ヲ閉ヅ。

今後ハ糞石ト淋巴腺ノ石灰化シタモノトヲ X 線像ノ上デ如何ニシテ鑑別スベキカノ據リ所ヲ知リタイモノデアル。